

Fusk med personförsäkring

av Fredrik Andersson



Fredrik Andersson
fredrikandersson75@hotmail.com

Fusk med ersättningar inom såväl allmän som privat försäkring har blivit ett aktuellt ämne och detta berör såväl Försäkringskassan som de privata försäkringsbolagen. Trots att de har många gemensamma kunder, så samarbetar de inte i någon högre grad vid exempelvis handläggningen av ersättningar för personskador .

I min licentiatavhandling undersöker jag några av de beröringspunkter mellan allmän och privat försäkring som kan finnas i dessa sammanhang. En slutsats av arbetet är att ett utökad samarbete mellan de båda försäkringssystemen, skulle göra det betydligt svårare för de försäkringstagare, som medvetet försöker fuska med ersättningar, att lyckas med detta.

Inledning

Det har länge varit känt att det förekommer fusk med försäkringar. Diskussionen kring ämnet har dock på senare tid tagit en ny riktning och man har fokuserat på personförsäkringar istället för enbart på sakförsäkringar. Detta innebär i sin tur att det inte endast är de privata försäkringarna som är intressanta, utan även de förmåner som utgår från Försäkringskassan bör uppmärksammas. Debatten hade ännu inte tagit full fart då jag påbörjade mitt arbete med det som senare kom att bli en licentiatavhandling. Ämnet framstod dock som mycket intressant, inte minst förhållandet att det vid en personskada kan ske två parallella handläggningsförfaranden – ett hos Försäkringskassan och ett hos ett (eller flera) privata försäkringsbolag – och vilken betydelse detta kan få. Det visade sig att det inte fanns så

mycket skrivet om fusk med personförsäkringar och särskilt inte något som behandlade både allmän och privat försäkring i ett sammanhang. Arbetet inriktades därför på att i någon mån undersöka hur fusk kan se ut. De tillvägagångssätt som uppmärksammades prövades därefter mot bedrägeribestämelsen. Särskilt undersöktes om man kunde hitta några beröringspunkter mellan allmän och privat försäkring avseende fusk och i så fall om ett samarbete mellan de båda systemen kunde vara ändamålsenligt. Det bör poängteras att avsikten inte var att undersöka i hur stor omfattning som det förekommer fusk. Två

*Fredrik Andersson är jur.lic. Artikeln utgör ett sammandrag av hans licentiatavhandling *Fusk med personförsäkring – med siktet inställt på allmän och privat försäkring*, Lunds universitet, december 2004. Handledare: Professor Per Ole Träskman. Bitr. handledare: Docent Helén Örnemark Hansen.*

empiriska undersökningar fick tjäna som stomme i arbetet, eftersom det enligt min mening var genom sådana som man bäst kunde inhämta kunskap kring ämnet. Arbetet har bedrivits i samarbete med Försäkringsförbundet, Försäkringskassan och Brottsförebyggande rådet, som förutom underlag också bidragit med värdefull sakkunskap.

Det är mycket viktigt att man diskuterar dessa problem i sitt rätta sammanhang. De båda försäkringssystemen, speciellt socialförsäkringssystemet, har karaktären av ett skyddsnät för samhällsmedborgarna. Det ligger därmed i sakens natur att de människor som är föremål för ersättning från den allmänna och privata försäkringen har drabbats av svårigheter i varierande grad. Den livssituation som den drabbade befinner sig i kan vara mycket svår att handskas med och det viktigaste för vederbörande är att få hjälp. Mot bakgrund av detta är det inte svårt att förstå att det kan bli fel. Detta gäller allt ifrån att fylla i blanketter till att ange uppgifter om sina ekonomiska förhållanden. Det är inte mer än mänskligt att man inte alltid har förmåga att tänka klart eller riktigt i svåra situationer. Avsikten med mitt arbete är inte att fokusera på dem som på grund av svåra levnadsomständigheter av obetänksamhet råkar lämna felaktiga uppgifter. Arbetet handlar istället om dem som medvetet försöker fuska med ersättningen.

Inom ramen för arbetet utfördes, som ovan påpekats, två empiriska undersökningar – en fallstudie och en enkätundersökning. I fallstudien studerades akterna hos såväl Försäkringskassan som försäkringsbolag för en och samma person. Händelseförloppen analyserades och särskilt undersöktes om man kunde finna några beröringspunkter mellan allmän och privat försäkring. Undersökningen utmynnade i tio exempelfall som beskriver hur fusk kan se ut. Enkätundersökningen genomfördes bland de handläggare hos Försäkringskassan och försäkringsbolagen som har erfarenhet av att utreda fusk. I enkäten ställdes frågor om

deras iakttagelser av misstänkt fusk, men även om det exempelvis bedrivs något samarbete i detta avseende. Jag har låtit resultaten av undersökningarna löpa som en röd tråd genom arbetet och kontinuerligt hämtat exempel från dessa när olika problem och iakttagelser diskuterats.

Praktik möter teori

Det var ingen lätt uppgift att göra ”teori” av de praktiska resultat som framkom av undersökningarna. Resultaten behövde struktureras på ett sätt som lämpade sig för en diskussion av problemet. Den s.k. rutinaktivitetsteorin fick stå till tjänst, vilken visade sig vara mycket användbar för en beskrivning av företeelsen. Enligt min mening är teorin även mycket användbar då man skall fundera över vilka åtgärder som bör vidtas för att komma till rätta med problemet. Det finns därför ett värde i att kort redogöra för denna teori.

Det synsätt som presenteras i teorin innebär att det är det dagliga livet och de vardagliga aktiviteterna (rutinaktiviteterna) som ständigt pågår i samhället, som ger upphov till brottsligheten. En konsekvens av detta är i sin tur att det krävs förändringar i samhället (vardagen) för att komma till rätta med brottsligheten. Enligt teorin är det mer ändamålsenligt att till största del fokusera på brottsmiljön istället för på brottslingens person, när man skall beskriva en viss form av kriminalitet. Utgångspunkten tas i de vardagliga aktiviteter som förekommer i samhället. Alla aktiviteter avses så länge de är ständigt återkommande och en del av det vardagliga livet. Lawrence E. Cohen och Marcus Felson, upphovsmännen till teorin, menar att det är tillfället som till stor del skapar brottslingen och att nästan vem som helst är benägen att begå en brottslig handling under vissa förutsättningar. Det avgörande är rätt kombination i tid och rum av tre kriterier – motiverad förövre, lämpligt objekt och avsaknad av kapabla väktare. En-

ligt teorin kan en förändring av förhållandet i tid och rum för de tre kriterierna leda till stora förändringar i brottslighetens omfattning och utformning. Upphovsmännen menar också att det är tillräckligt att ett av kriterierna saknas för att ett brott skall förhindras.

Kriteriet *motiverad förövare* innebär att det skall finnas en person närvarande, som ser en anledning att utföra handlingen ifråga. Motivationen till handlingen kan antingen komma från personen själv eller från dennes externa miljö. Det idealiska *lämpliga objektet* sägs vara det som är lätt att dölja, lätt att flytta, lätt att få tillgång till, värdefullt, tilltalande och lätt att få avsättning för. Det är exempelvis lättare att stjäla en liten tv än en storbilds-tv. Det tredje kriteriet, *avsaknad av kapabla väktare*, skiljer sig från de två övriga genom att det är själva avsaknaden som är betydelsefull. Med väktare avses inte i första hand poliser eller andra personer med liknande yrken, utan istället personer som på grund av sin funktion är närvarande i samhället, exempelvis husägare, gatuförsäljare och busschaufförer.

Teorin applicerad på försäkringssituationen, kan se ut enligt följande. Den motiverade förövaren är den person som åtnjuter ett försäkringsskydd, oavsett om det är Försäkringskassan och/eller ett försäkringsbolag som ombesörjer detta. Nedan kallas denne *försäkringstagare*. Det lämpliga objektet är det försäkringssystem som den enskilde omfattas av, alltså såväl socialförsäkringssystemet som det privata försäkringssystemet. Avsaknadskriteriet utgörs av den kontrollapparat som skall säkra att ersättning utbetalas på riktig grund och till rätt belopp. Även den handläggning som sker hos polis och åklagare i händelse av misstanke om oegentligheter, samt det brottsförebyggande arbetet faller härunder. Kriteriet omfattar alltså en rad vitt skilda aspekter, alltifrån de signaler som samhället i stort sänder ut avseende fusk med försäkringar, till den mer direkta kontrollen av försäkringsärendena.

Hur kan fusket se ut?

Det nedan beskrivna fallet är hämtat från den studie som genomfördes och får tjäna som exempel på hur en person använder en olycka för att dels få försäkringsersättningar utbetalda för sin skada, dels kunna arbeta svart under ersättningsperioden.

Personen, X, råkade ut för en olycka på sin arbetsplats och ådrog sig rygg- och nackskador. Han genomgick flera behandlingar för sina skador och efter cirka en månad uppgav han att han mätte bra igen. I tiden efter olyckan uppkom problem på hans arbetsplats, vilka inte berodde på de skador han fått. Han uppgav för sin arbetsgivare att han ville sjukskriva sig och sedan arbeta svart hos denne. Arbetsgivaren vägrade gå med på detta och X sade upp sig. Två dagar efter uppsägningen sökte X på nytt läkare och blev sjukskriven när han uppgav att hans besvär efter olyckan hade tilltagit. Under sjukskrivningsperioden återkom han till läkaren med beskedet att besvären hade förvärrats ytterligare och att han troligen inte skulle kunna utföra ett likvärdigt arbete som det han hade haft tidigare.

En månad efter läkarbesöket anmälde X skadan till Försäkringskassan. Skadan registrerades som en arbetsskada och ersättning utbetalades. Så småningom företog Försäkringskassan en utredning av fallet och läkarutlåtandet påvisade att X hade hel arbetsoförmåga. Rehabiliteringsåtgärder påbörjades en tid därefter, men ytterligare en tid senare beviljades X tidsbegränsad sjukersättning på ansökan av honom själv.

Tre veckor efter anmälan till Försäkringskassan anmälde X skadan till sitt försäkringsbolag. En invaliditetsgrad om 5 procent fastställdes, vilket X inte var nöjd med eftersom besvären enligt honom hade förvärrats. På eget initiativ införskaffade han ett läkarintyg som utvisade betydligt större besvär än tidigare. Av intyget framgick emellertid att han för läkaren hade uppgivit ett annat händelseför-

lopp vid skadan, än det som han tidigare anført. Försäkringsbolaget inledde en utredning under vilken man vid ett tillfälle påträffade X iklädd arbetskläder tillhörande en flyttfirma. Utredningen visade att flyttfirman ägdes av en vän till X och att X utförde tungt fysiskt arbete. Bolaget fick även ett anonymt tips om att han arbetat kontinuerligt sedan han sade upp sig från sitt tidigare arbete. Mot slutet av utredningen fick X intyga sina skador och sin arbetsförmåga för försäkringsbolaget, varvid han uppgav samma skador som han tidigare uppgivit samt att han helt saknade förmåga att arbeta. Försäkringsbolaget konsulterade en läkare som uppgav att X i ett inledande skede kunde bedömas ha en invaliditet om cirka 15 procent, men att det på grund av uppgifterna i utredningen kunde konstateras att det nu inte alls förelåg någon invaliditet. Bolaget hade därefter ett möte med X, vid vilket han fortfarande uppgav samma skador och gav uttryck för mycket stor smärta. X för uppenbart med osanning och hade arrangerat omständigheterna kring mötet. Exempelvis berättade han att han hade blivit skjutsad till mötet, eftersom han inte själv kunde köra bil på grund av skadorna. X hade dock kört själv och endast parkerat bilen utom synhåll från försäkringsbolagets lokaler.

Försäkringsbolaget avböjde ersättning och polisanmälde X. Försäkringskassan fick så småningom del av försäkringsbolagets och polisens uppgifter, varvid ersättningen till X drogs in med motiveringen att han arbetat heltid under hela ersättningsperioden.

Vad avser beröringspunkter mellan allmän och privat försäkring, kan noteras att det är försäkringsbolaget som upptäcker de oegentligheter som X ägnar sig åt. Medan han hos Försäkringskassan bedöms ha hel arbetsoförmåga, är försäkringsbolagets handläggare mer misstänksamma. Under hela det beskrivna händelseförloppet sker en parallell handläggning med helt olika förutsättningar och resultat. Samtidigt som försäkringsbolaget har ett

möte med X för att slutligen konstatera att han talar osanning, så beviljar Försäkringskassan honom sjukersättning. Inte förrän försäkringsbolaget delger Försäkringskassan sina uppgifter inser man att X har fuskat under hela ersättningsperioden. En kontinuerlig kontakt mellan försäkringsbolag och Försäkringskassan hade underlättat upptäckten av fusket och antagligen även lett till en mer effektiv handläggning. Besluten hade dessutom kunnat fattas på ett mer fullständigt underlag. Det kan också noteras att den spaning som försäkringsbolaget genomförde i ärendet torde vara den enda möjliga utredningsmetoden för att avslöja Xs agerande i detta fall.

Fallet är ett exempel på hur man kan skaffa sig en dubbel försörjning – en ”vit” inkomst från Försäkringskassan och försäkringsbolag och en svart från annat arbete. Exemplet visar på ett bra sätt hur man kan utnyttja en skada, arrangerad eller verklig, för att komma i åtnjutande av en mycket fördelaktig ekonomisk situation.

En uppgift som man kan fundera över är att X ansökte om tillfällig föräldrapenning för den dag han uppgav att olyckan inträffade. Det man kunde förvänta sig var möjligen en anmälan om sjukdom avseende honom själv. Under de tio kommande månaderna finns inga uppgifter om utnyttjande av sjukpenning, men däremot om totalt 63 dagar med tillfällig föräldrapenning. Man kan fråga sig om detta avspeglar de verkliga förhållandena – är det X eller hans barn som varit sjuk?

Motiverad förövare

Vad kan då motivera en person att fuska med försäkringar? Det ligger i sakens natur att man inte kan diskutera en sådan frågeställning uttömmande, utan framställningen måste begränsas till några få aspekter.

Ekonomiska incitament

Ett starkt incitament är naturligtvis det ekonomiska. Det finns idag möjlighet att anskaffa ett bra ekonomiska skydd i form av privata försäkringar som kompletterar socialförsäkringen. På så sätt kan man garantera sig om att få behålla upp till 90 procent av sin ursprungliga inkomst vid sjukdom. Samtidigt som en sådan ordning naturligtvis är positiv, kan den också verka i ”fusk-motiverande” riktning för dem som vill försätta sig i en situation som innebär god inkomst utan förpliktelse att arbeta. Det bör påpekas att jag inte ifrågasätter de förmånliga reglerna i sig, utan endast konstaterar att de kan ge upphov till brottsliga incitament. Hur starkt det brottsliga incitamentet är, blir en fråga om hur varje person värdesätter inkomst i förhållande till fritid. Det är inte svårt att tänka sig att en person gärna minskar sin inkomst med 10 procent i utbyte mot den fritid som erhålls. Det är för övrigt just denna avvägning som är aktuell för det s.k. friåret som nyligen har införts. Av resonemanget följer att inkomstens storlek troligen inverkar på avvägningen, eftersom de med högre inkomster får antas ha större ekonomiska marginaler och därmed ha större möjligheter att avvara en del av sin inkomst. Incitamentet skulle därmed vara starkast för dem med höga inkomster. Vid exempelvis trafikskador blir avvägningen inte aktuell då hela inkomstförlusten ersätts. Incitamentet att få en skada klassificerad som trafikskada framgår därmed klart. Dessa aspekter gäller naturligtvis ur en rent ekonomisk synvinkel. Livssituationen för en person är dock i de allra flesta fall mer komplex än så.

Förtroendet för försäkringssystemen

Under senare tid har en rad undersökningar om både det allmänna och det privata försäkringssystemet redovisats, vilka ger en antydning om att allmänhetens förtroende för systemen har sjunkit.¹ Det finns anledning till oro

när system, som till stor del bygger på de försäkrades ärlighet och respekt, inte längre åtnjuter ett starkt förtroende bland dem som omfattas av systemen ifråga. Då systemen finansieras (ofrivilligt genom taxeringen eller frivilligt genom premiebetalning) av försäkringstagarna själva, kan en sådan inställning få allvarliga konsekvenser. Istället för att värna om systemen och påfordra ersättning när man är verkligt berättigad till det, kan bristen på förtroende leda till att man försöker få ut den ersättning som är möjlig, oavsett om det sker på ett riktigt eller oriktigt sätt. En avsaknad av förtroende kan bli det som så att säga motiverar försäkringstagaren att fullfölja fuskandet. ”Varför skulle jag bry mig?” ”Varför skulle jag tacka nej till pengar som utbetalas även om det i och för sig sker felaktigt? Jag har ju ändå betalt så mycket i skatt/premier.” Ett bristande förtroende utgör enligt min mening ett hot mot systemens existens oavsett om det får människor att aktivt försöka fuska eller endast leder till en, till synes mindre harmful, likgiltigt inställning.

Försäkringsbedrägeri i kombination med annan brottslighet

Försäkringsbedrägeri kan även tjäna som medel för att på olika sätt främja annan brottslighet. Den ekonomiska vinningen av brottet blir då endast sekundär, medan det primära syftet är att skaffa hjälpmedel för att genomföra andra och kanske mer lönande brott. Det är detta som kan motivera försäkringstagaren. Tillvägagångssätten är inte speciellt komplicerade och såväl allmän som privat försäkring kan användas för ändamålet.

För det första kan man använda försäkringsbedrägeri som ett medel att finansiera annan brottslighet. Försäkringsersättningar kan ofta uppgå till stora summor som utbetalas direkt, vilket gör försäkringsbedrägeri attraktivt då man på kort tid behöver skaffa sig finansiering för exempelvis narkotikainköp. Det finns försäkringsfall i vilka försäkrings-

bolagets utredning har visat att försäkringstagarna har arrangerat trafikolyckor och polisen kort tid efter avböjandet av försäkringsersättning gripit försäkringstagarna med stora mängder narkotika i sin besittning. Det bör påpekas att ovanstående endast bygger på misstankar, om än starka sådana, vilka har uppkommit under försäkringsbolagets utredningsarbete. Oavsett om ett direkt samband mellan försäkringsbedrägerierna och narkotikabrottsligheten kan påvisas i detta fall, är möjligheten till ett sådant samband något att hålla i minnet.

Försäkringsbedrägeri kan också användas som medel för att *möjliggöra* annan brottslighet. Det är exempelvis nödvändigt att en skada har uppkommit i samband med trafik för att en skada skall klassificeras som trafikskada. Det finns alltså ett skäl att arrangera en trafikolycka för att erhålla trafikskadeersättning och därmed komma i åtnjutande av den förmånliga ersättningen för inkomstförlust.

Bedrägeri kan även användas som medel för att *underlätta* annan brottslighet. För att på ett trovärdigt sätt kunna hävda att man drabbats av exempelvis en nackskada, behövs ett föregående händelseförlopp som kan tänkas leda till en sådan. Bevisningen av orsakssambandet kan därmed underlättas betydligt. Det är allmänt känt att nacken kan ta skada vid en trafikolycka, varför en sådan kan vara en "lämplig" föregående händelse. Det kan därmed finnas skäl att arrangera en trafikolycka (vilken alltså kan innebära ersättning för själva sakskadorna), för att så småningom få den, ur försäkringsersättnings synpunkt, mer "lönnande" nackskadan ersatt. Olyckan blir på så sätt den "omväg" som måste tas för att uppnå det primära syftet.

På samma sätt kan ett bedrägeri mot den allmänna försäkringen fungera som ett hjälpmedel för att få en skada ersatt ur privat försäkring. Under normala omständigheter kan en person knappast hävda en allvarlig nackskada på ett trovärdigt sätt, om denne inte även har tagit del av Försäkringskassans för-

måner. Socialförsäkringen bör i stort sett alltid på ett eller annat sätt finnas med i bilden vid svårare personskador, eftersom den har karaktären av ett ekonomiskt grundskydd. Om det mot förmodan inte finns uppgift om ersättningar ur socialförsäkringen, bör man allvarligt fundera på anledningen till detta. I det beskrivna fallet anmälde X skadan till Försäkringskassan cirka tre veckor innan han anmälde skadan till försäkringsbolaget. En anledning till detta kan vara att han just vill öka trovärdigheten av sin skada inför bolaget.

Slutligen kan bedrägeriet användas för att *dölja* annan brottslighet. En person som har för avsikt att "arbeta svart" är i behov av att kunna visa upp legala intäkter för att dennes försörjning inte skall ifrågasättas av bl.a. Skatteverket. Kan han exempelvis påvisa att han uppbär sjukersättning är risken troligen liten att myndigheterna ifrågasätter hans försörjning eller ens ställer ytterligare frågor om denna. Det är möjligen långsökt att tro att en person arrangerar en olycka i enbart detta syfte. Det är dock mera troligt att man utnyttjar en redan inträffad skada på detta sätt. Då skadan skall regleras ser man sin chans att få ersättning samtidigt som man kan utföra annat arbete. Frestelsen att i denna situation överdriva sina skador så att man exempelvis blir beviljad sjukersättning istället för ett rehabiliteringsprogram med sjukpenning, kan vara stor. Möjligheten att få en "dubbel" inkomst kan vara än större.²

Lämpligt objekt

Objektet utgörs i dessa sammanhang av det allmänna och/eller det privata försäkringssystemet. Det finns en rad förhållanden som gör objekten lämpliga. Vad först gäller det allmänna systemet så är det mycket lätt att komma i åtnjutande av försäkringsskyddet. I de flesta fall behöver man inte ens aktivt agera för att omfattas av försäkringen. Systemet ger också en förhållandevis god ekonomisk kom-

pensation i händelse av sjukdom eller olycka. För att anskaffa det privata försäkringsskyddet krävs däremot i regel en aktiv handling av försäkringstagaren. Beviljandet av försäkringen föregås oftast av ett ansökningsförfarande, vid vilket den tilltänkte försäkringstagaren skall ange en rad uppgifter. Beroende på vilka uppgifter som lämnas kan försäkringen beviljas på olika sätt – helt, med förhöjd premie, med vissa inskränkningar eller inte alls. I gengäld ger den privata försäkringen en ökad ekonomisk trygghet i händelse av sjukdom eller olycka. Den kan också berättiga till ersättningsposter som inte utgår från socialförsäkringen.

Försäkringssystemen är även lämpliga objekt med tanke på att de är avsedda att ge ersättning vid kroppsliga skador. Till skillnad från exempelvis saksador finns en dimension av subjektiva besvär hos försäkringstagaren, som endast kan uppges av denne och ofta inte kan påvisas objektivt. Det innebär att man till stor del har att lita till försäkringstagarens egna uppgifter om de besvär han ådragit sig och framför allt till dennes uppgifter om hur mycket besvärerna påverkar hans dagliga liv. Detta innebär i sin tur att det finns ett visst utrymme för försäkringstagaren att överdriva sina besvär eller till och med helt uppdiakta vissa av dem. Försäkringsgivaren kan under sådana förhållanden komma i en mycket svår eller näst intill omöjlig bevissituation när man misstänker att personen försöker fuska.

Avsaknad av kapabla väktare

I sammanhang av fusk med försäkringar har jag valt att uttrycka avsaknadskriteriet som en fråga om kontroll. Det kan därvid röra sig om såväl en avsaknad som en närvaro av kontroll.

Fuskbekämpande åtgärder

Inom både Försäkringskassan och de privata försäkringsbolagen arbetar man med att komma till rätta med fusk. En rad olika skrifter

har tagits fram som är tänkta att användas av de handläggare som dagligen arbetar med försäkringsärenden. Man har även utarbetat mer övergripande strategier för att bekämpa fusk. Inom den privata försäkringsbranschen har ett s.k. gemensamt skadeanmälningsregister utvecklats, vilket ger värdefull information om en försäkringstagares tidigare skadebild. Vidare finns en kontroll genom de läkare som på olika sätt deltar i skaderegleringsförfarandet. Det nu nämnda får anses utgöra en närvaro av kontroll.

Sekretess

De sekretessbestämmelser som omgärdar socialförsäkringen får däremot sägas innebära en avsaknad av kontroll. Bestämmelserna har stor betydelse för informationsutbytet mellan Försäkringskassa och försäkringsbolag, vilket exempelvis medför att Försäkringskassan har mycket små möjligheter att lämna information till försäkringsbolagen vid misstanke om fusk. Troligen kan viss information, oklart hur mycket, lämnas med hänvisning till att man måste kunna fullgöra den egna verksamheten. Detta förtjänar att utredas ytterligare. Försäkringskassan har dock stora möjligheter att inhämta uppgifter från bolagen. Bolagen i sin tur har större möjlighet att förse Försäkringskassan med information. Initiativet till kontakt får därför företrädesvis tas från bolagen och därigenom kan Försäkringskassan uppmärksammas på misstänkt fusk. Sammantaget kan konstateras att det råder en obalans i möjligheterna till informationsutbyte – ett förhållande som får anses innebära en brist på kontroll.

Det råder enligt min mening inte någon tvekan om att ett omfattande informationsutbyte skulle underlätta utredningen av försäkringsärenden betydligt. Troligen skulle även besluten i högre grad återspegla de verkliga förhållandena och också blir mer korrekta eftersom man skulle ha tillgång till ett mer fullständigt underlag vid beslutsfattandet. Det

inledningsvis beskrivna fallet återspeglar till viss del denna problematik. I fallstudien finns även exempel på hur Försäkringskassa och försäkringsbolag haft tillgång till helt olika sorters information angående försäkringstagarens hälsotillstånd och därmed kommit fram till helt olika, sinsemellan oförenliga, beslut. Ett omfattande informationsutbyte måste dock vägas mot skyddet av den enskildes integritet. Man kan inte komma ifrån att de uppgifter som är av betydelse vid personförsäkringar är av mycket känslig natur. Att släppa helt på sekretesskyddet skulle knappast vara en tillfredsställande lösning och det skall inte heller uteslutas att kännedom om de uppgifter som idag omfattas av sekretess skulle kunna utnyttjas på ett tvivelaktigt sätt i försäkringssammanhang. Detta är mycket svåra frågor som kräver åtskilliga överväganden. Vad som dock kan konstateras är att bestämmelserna medför att vissa uppgifter som är av betydelse i ett skaderegleringsförfarande kan vara mycket svåra eller till och med omöjliga att kontrollera. Det föreligger därmed en brist på kontroll i detta avseende.

Beviskrav

En tvist om försäkringsersättning mellan försäkringsgivare och försäkringstagare handläggs som tvistemål i domstolen. Ett åtal om försäkringsbedrägeri handläggs däremot som brottmål. Mellan dessa måltyper finns en skillnad i beviskrav på så sätt att det ställs högre krav på bevisningens styrka i brottmål än i tvistemål, för att denna skall få avgörande betydelse för domslutet. Det finns indikationer som tyder på att denna skillnad skulle kunna innebära en brist på kontroll.

Teoretiskt kan man tänka sig att försäkringsbolaget utreder ett ärende till dess att man anser sig ha så mycket fakta att man kan nå framgång i en civilrättslig process, men inte längre än så. Det finns ingen anledning för bolaget att lägga ner mer pengar och resurser på ytterligare utredning. För att försäk-

ringstagaren skall kunna fällas till ansvar för brott krävs ytterligare utredning, vilket får bli en uppgift för polis och åklagare. Detta förutsätter för det första att gärningen kommer till de rättsvårdande myndigheternas kännedom – något som man får lita till att bolaget ombesörjer, eftersom de i stort är de enda, förutom försäkringstagaren själv, som känner till vad som förevarit. Återigen uppkommer frågan om bolaget är villigt att satsa de resurser som behövs för att göra en polisanmälan. Dessutom skulle ett sådant agerande i vissa fall kunna påverka bolagets anseende negativt. Om väl en polisanmälan inlämnas krävs för det andra att polis och åklagare vidtar ytterligare åtgärder. Det ska poängteras att denna typ av brottslighet inte är en prioriterad sådan och att det från regeringshåll har uttalats att man förväntar sig att bolagen själva är mycket aktiva i brottsbekämpningen.

Bristen på kontroll kan alltså utgöras av det ”glapp” mellan försäkringsbolag (Försäkringskassan) och rättsvårdande myndigheter, som möjligen inte är så teoretisk som man vid en första anblick kan tro. Låt vara att det görs polisanmälningar avseende personförsäkringsbedrägerier redan idag, men dessa är ytterst få. Det är dessutom endast de mest uppenbara fallen som anmäls. Det är inte dessa som enligt mitt förmenande är de mest oroväckande, utan istället alla de fall där försäkringstagaren fuskar måttligt och i vilka inga åtgärder vidtas. Det rör sig inte om några större summor om man ser till varje enskilt fall och kommer ärendet så långt som till förundersökning kan denna läggas ner med motiveringen att påföljden endast skulle bli villkorlig dom och att inget enskilt eller allmän intresse åsidosätts. Det sistnämnda utgör dessutom ett skäl för bolagen att inte göra en anmälan. Det finns ju ingen anledning att ödsla tid på en sådan om förundersökningen troligen kommer att läggas ned.

Situationen blir riktigt allvarlig om det sprids en allmän inställning i samhället som går ut på

att det i realiteten är riskfritt att fuska med försäkringsersättningar – man erhåller möjligen inte någon ersättning, men har allt att vinna på att försöka fuska, eftersom man i egentligen mening inte riskerar något.

24-timmarsmyndighet

Slutligen har jag under detta kriterium diskuterat risken med att kontrollen kan komma att minska ytterligare när man skall göra Försäkringskassan till en s.k. 24-timmarsmyndighet. Ett av syftena med att införa detta är att myndigheten skall vara tillgänglig under hela dygnet och att man skall kunna anmäla exempelvis sjukdom direkt via Internet. Denna utveckling pågår och viss försöksverksamhet har redan genomförts. Tanken är att man så småningom skall kunna gör beslutsprocessen helt automatisk. Det finns uppenbara risker med en sådan ordning och det kommer att ställas stora krav på detta system för att det inte i realiteten skall få funktionen av en ny form av bankomat.

Straffrättsliga anmärkningar

Avhandlingen innehåller även en straffrättslig diskussion som behandlar dels det straffrättsliga ansvaret vid försäkringsbedrägeri och dels hur de i fallstudien uppmärksammade tillvägagångssätten förhåller sig till den nuvarande bedrägeribestämmelsen. Försäkringsbedrägeribrottet är förhållandevis komplicerat. Det är exempelvis inte alltid självklart att bestämma den tidigaste tidpunkt då brottet kan anses fullbordat, än mindre är det självklart att bestämma när försökspunkten för brottet är uppnådd eller när ansvar för förberedelse inträder. Detta är dock frågor som åtminstone delvis har behandlats i litteraturen sedan tidigare. Vad som däremot inte har diskuterats är om, och i så fall vilken, betydelse de beröringspunkter mellan allmän och privat försäkring som har uppmärksammats i fallstudien, kan få i straffrättsligt hänseende.

Till att börja med kan konstateras att det i flera fall har framgått att varken Försäkringskassa eller försäkringsbolag har haft helhetsbilden av ärendet klart för sig vid beslutsfattandet. Var sida har haft tillgång till viss information som kan föranleda tvekan om huruvida försäkringstagaren gjort sig skyldig till brott eller inte. Helhetsbilden kan dock förstärka denna uppfattning avsevärt. Det kan exempelvis handla om förfalskade arbetsgivarintyg eller läkarintyg som en handläggare inom det ena försäkringssystemet tar för riktiga, medan en handläggare inom det andra systemet upptäcker felaktigheten. Det kan till och med gälla så grundläggande uppgifter som att försäkringstagaren har friskanmält sig inom det ena systemet, men vidhåller sin status av ”sjuk” inom det andra. I flera fall hade troligen kännedom om beröringspunkterna lett till att försäkringstagarens brottsliga förfarande hade kunnat stoppas på ett mycket tidigare stadium än vad som skett. I många fall sannolikt innan någon utbetalning ägt rum. Vidare skulle helhetsbilden av ägerandet på ett mycket tydligare sätt kunna visa på försäkringstagarens verkliga avsikter, vilket naturligtvis även kan komma försäkringstagaren tillgodo. Helhetsbilden skulle därmed kunna ha betydelse för uppsätsbedömningen, vilken många gånger är problematisk i dessa fall.

Avslutning

Förhoppning är att mitt arbete i någon mån kan fungera som en introduktion till det relativt outforskade område som personförsäkringsbedrägerier utgör. Genom att diskutera företeelsen i stort och utifrån en rad olika infallsvinklar, har jag velat medvetandegöra problemen och förmedla en bild av vad jag uppfattar som en mycket komplex företeelse. Det är därvid viktigt att förmedla bilden av att situationen inte alltid är vad den vid en första anblick ser ut att vara. Ett till synes vanligt sjukersättningsärende kan dölja ett svartarbe-

te, medan det som ser ut som ett sofistikerat bedrägeri kan dölja en människa som inte har några brottsliga avsikter och istället är föremål för olyckliga omständigheter och djup personlig kris. Kännedom om helhetsbilden av en försäkringstagares situation är därmed viktigt, för att inte säga nödvändig, för att ha möjlighet att göra korrekta bedömningar.

Det bör också betonas att det inte finns något egenvärde i att få så många som möjligt av dem som fuskar dömda för bedrägeri. Den straffrättsliga regleringen kan tjäna flera andra syften. Det är naturligtvis viktigt att det finns straffrättsliga medel att ta till mot den enskilde för att stävja fuskandet. Samhället måste markera för den enskilde att vissa ageranden inte accepteras. Det är också viktigt att markera för andra samhällsmedborgare att de som begår brott får ta konsekvenserna av detta. En ändamålsenlig straffbestämmelse har på så sätt både en repressiv och en preventiv funktion att fylla. Den största fördelen man kan dra av en straffbestämmelse är dock att genom information om denna ge människor incitament att sköta sig. Informationen bör kombineras med information om tankarna bakom försäkringssystemen och de villkor som försäkringstagaren måste ställa upp på för att ett förmånligt system skall kunna tillhandahållas.

För att komma till rätta med fusk har det framförts åsikter om att man i första hand bör justera försäkringsvillkoren istället för att koncentrera sig på straffrättsliga åtgärder. Det kan dock inte vara en önskvärd ordning med fler och mer komplicerade villkor och regelverk avseende försäkring, än dem som finns idag. Troligen är ju dessa i sig en anledning till att det blir fel i ersättningarna. Det kan inte heller vara en önskvärd ordning att försäkringsområdet utgör en fredad zon utifrån gärningsmannens perspektiv, i den meningen att försäkringstagaren inte skulle ha något att

förlora på att försöka fuska med ersättningar. ”Går det så går det-mentaliteten” är redan idag alltför utbredd. Frågan är dessutom om man inte med en sådan justering av försäkringsvillkoren är tvungen att ta bort vissa av de förmåner som idag kan anses som ett uttryck för välfärdssamhället. Skulle vi exempelvis i fortsättningen kunna acceptera att förmåner utgår på grund av att försäkringstagaren säger sig ha vissa subjektiva besvär, utan att dessa helt och fullt kan påvisas objektivt?

Samhället i stort måste betona allvaret i att fuska med såväl allmän som privat försäkring. Den enskildes ansvar måste därvid betonas särskilt och likaså förklaringen av att de förmåner som idag erbjuds långt ifrån är en självklarhet. Med den enskilde avses då såväl försäkringstagare som höga chefer inom exempelvis försäkringsbolag och statliga myndigheter, vilka inte alltid har föregått med gott exempel. I arbetet med fuskbekämpning torde man ha allt att vinna på att utsträcka samarbetet mellan försäkringskassa och försäkringsbolag (och för den delen andra statliga och privata organ) så långt det är möjligt. Helhetsbilden av ett ärende bör därvid vara en ledstjärna – det är som sagt inte alltid på det sätt som det ser ut att vara.

Noter

¹ Boberg, Kristina, Modig, Arne, *Är det OK att sjukskriva sig fast man inte är sjuk? – En undersökning om attityden till sjukskrivning bland 2.000 anställda och arbetsgivare inom privat och offentlig sektor*, T 22785, Temo-undersökning, April 2002; Modig, Arne, *Allmänheten om försäkringsbranschen Rapport från intervjuundersökning april 2003*, T 24308, Temo-undersökning, 23 april 2003; Modig, Arne, *Allmänhetens tilltro till socialförsäkringssystemet*, T 25028, Temo-undersökning, 2003-11-21.

² I avhandlingen har jag även diskuterat hur försäkringar kan användas för penningtvätt. Detta avsnitt har dock fått lämnas utanför denna artikel.